

1. 急性疼痛管理・無痛分娩

術後の疼痛管理が主体で、小児にはモルヒネを用いた静脈内 PCA (Patient Controlled Analgesia, 自己制御式鎮痛法) 成人には主として、フェンタニルを用いた硬膜外 PCA を使用して、術後数日間にわたって、24 時間途切れることのないきめ細かい疼痛管理を行っている。本年 1 年の実績としては、術後の PCA 総数は昨年度 800 名で、手術件数のおよそ 20% である。対象は開腹、開胸、開頭、帝王切開、四肢体幹の骨きり手術など侵襲の大きなもので、患者自らが疼痛時にボタンを押して痛みをとることによって、ほぼ完全にペインフリーな術後環境が得られていると自負している。

当科で行っている急性疼痛管理に、無痛分娩があるが、全分娩数の約 20% にと増えてきている。日本国内で余り行われていないこともあり、実施に際しての院内の理解も協力体制も十分とは言えない中で仕事であり、麻酔科医の費やす労力は多大なものがあるが、灯はともし続けるべきだと考えている。

2. 慢性疼痛管理

主として、悪性腫瘍の患者を中心に、モルヒネを主体にした治療 (静脈内 PCA、経口モルヒネ) を WHO の疼痛管理マニュアルにしたがって行っている。入院治療数は 20 人であった。そのうち外来管理に移行し、疼痛管理科外来でフォローアップしている患者は 3 名である。

キャリアオーバー患者の受け入れで、年余に及ぶ慢性疼痛管理の増加は深刻な問題となる。それは、単に鎮痛薬の処方だけでなく、患者の社会的背景、情緒的背景を考慮した医療が求められるのだが、現状で当センターではそこまで多角的なアプローチをとる体制がないことは今後の課題である。

3. 次年度の展望

手術患者数、無痛分娩数、悪性腫瘍患者数の増加に伴い、現在の業務が更に増加することが予想されるが、病院全体として取り組まないと改善しない問題がある。

手術集中治療部の医師自らが非常に煩雑な麻薬伝票処理を行った後、時には薬剤部まで薬剤をとりにゆき、麻薬希釈液をベッドサイドで混合している現状をまず第一に改善してほしい。医師は処方指示だけを行い、その以外は痛みの評価や副作用対策など医師でないといけないのみに専念できるようになりたい。そのためには、薬剤部が 24 時間夜昼の区別なく、麻薬の希釈液を中央混合して病棟に届ける体制が不可欠である。

また、こうしたシステムができるまでの間は、必要な病棟に麻薬を常置し、いつでも使える状態にすべきである。しかし当センターでは麻薬に限らず病棟での薬剤管理が、患者への必要度ではなく医療者側の管理、労務の面からのみが重視され、非常に使用しにくい方向に向かっているのは残念である。この使いにくさのため、正確な数値はないが、国立小児病院時代より麻薬使用に関しては後ろ向きに推移している印象を持っている。これは、決して患者に対する医療の質の面から好ましくない。